

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**Protocolo Hospitalario de Psicoeducación con Pacientes
Diagnosticados de Esquizofrenia y sus Familiares.
Adherencia al Tratamiento.**

**Hospital Protocol of Psychoeducation with Patients Diagnosed
of Schizophrenia and their Families.
Treatment Adherence.**

Autora: Nerea López Peirona

Directora: M^a Isabel García Marcos

Índice

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	7
METODOLOGÍA.....	7
DESARROLLO.....	12
Autores.....	12
Revisores externos.....	12
Declaración de conflicto de intereses de los autores.....	12
Justificación.....	12
Objetivos.....	17
Profesionales a quienes va dirigido.....	17
Población diana/excepciones.....	17
Metodología.....	17
Actividades o procedimientos.....	18
Algoritmo de actuación.....	22
Indicadores de evaluación.....	23
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS.....	28

Resumen

- **Introducción:** La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a la forma de pensar, sentir y actuar de las personas. Es importante una actuación temprana, ya desde el primer brote psicótico, para poder realizar un abordaje multidimensional, incluyendo desde el principio la psicoeducación con familiares, para así trabajar con ellos e incluirles en los cuidados de la persona enferma.
- **Objetivo:** El objetivo es elaborar un protocolo hospitalario de actuación con la finalidad de mejorar la adherencia al tratamiento de pacientes con esquizofrenia a través de sesiones de psicoeducación con sus familias previa al alta hospitalaria.
- **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos enfermeras y médicas para conocer la importancia de la psicoeducación en el aprendizaje sobre la enfermedad y la implicación de la familia. Se utilizaron diferentes guías clínicas para la realización del protocolo hospitalario.
- **Conclusiones:** Se ha demostrado a través de la evidencia que la psicoeducación y la incorporación en ella de las familias, mejora el conocimiento sobre la enfermedad y disminuye las recaídas.
- **Palabras clave:** "Esquizofrenia", "Psicoeducación", "Adherencia tratamiento" y "Familia".

Abstract

- **Introduction:** Schizophrenia is a severe mental disorder which affects the way of thinking, feeling and acting with people. It is important an early intervention, since the first psychotic episode to carry out a multidimensional approach, including from the beginning psychoeducation with families, in order to work with them and to be involved in the care of the ill person.
- **Objective:** The aim is to develop a hospital protocol of actuation with the purpose of improving treatment adherence of patients with schizophrenia through pyschoeducation with families, previous hospital discharge.
- **Methodology:** It is made a bibliographic search in the main nurse and medical databases to know the significance of psychoeducation in the learning about the disease and the families' engagement. It is used different clinical guidelines for the realization of the protocol.
- **Conclusions:** It is demonstrated through evidence that pyschoeducation and the families' incorporation into it, improve de knowledge about the disease, and decrease relapses.
- **Key Words:** "Schizophrenia", "Psychoeducation", "Treatment adherence" and "Family".

Introducción

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más devastadoras, por su tendencia a la incapacidad y la cronicidad, siendo la esquizofrenia una de las 10 principales causas de discapacidad mundial, con una prevalencia aproximada del 1% entre la población adulta, afectando a más de 21 millones de personas en todo el mundo. En España un 29,8% de pacientes con esquizofrenia tiene un certificado de discapacidad (1-3).

Hoy en día el tratamiento de la esquizofrenia no puede entenderse si no es desde un abordaje multidimensional basado en el modelo bio-psico-social (4) combinando un tratamiento psicofarmacológico e intervenciones psicosociales, como la intervención familiar, psicoeducación, entrenamiento de habilidades psicosociales, rehabilitación cognitiva y terapia ocupacional, para mejorar la calidad de vida de estos pacientes (5-7).

Los psicofármacos reducen los síntomas en un 70% de estos pacientes, sin embargo por sí sola la toma de medicación no compensa las pérdidas sociales y personales como consecuencia de la enfermedad, haciendo así que no se cumplan los objetivos para conseguir una mejora en la calidad de vida, por lo que es necesario actuar de manera integral, no solo administrando un buen fármaco, sino potenciándolo con rehabilitación psicosocial (8,9). El porcentaje de abandono del tratamiento en personas con un trastorno mental es entre un 35-60% (4).

La OMS define el concepto de adherencia como el grado en el que el comportamiento de una persona en cuanto al seguimiento del tratamiento prescrito (tratamiento farmacológico, psicoterapia, cambios en el estilo de vida etc.) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.

En España el 25% de los pacientes con esquizofrenia incumplen el tratamiento y entre un 30-60% lo abandonan en el primer año (10).

Algunos de los factores que influyen en la no adherencia son la ausencia de insight (conciencia de enfermedad), la relación entre el profesional sanitario y el paciente, las creencias del paciente sobre los efectos de la medicación, síntomas psicológicos, disfunción cognitiva, presencia de un trastorno por abuso de sustancias, dosis subterapéuticas o excesivamente altas, barreras prácticas como falta de dinero y la ausencia de apoyo familiar (4,7,9).

La no adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia tiene consecuencias, tanto clínicas como económicas. Aumenta el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios, aumenta el riesgo de suicidio, siendo la tasa de mortalidad por suicidio 9 veces mayor que en la población general, y siendo de las principales causas de muerte prematura, también disminuye la calidad de vida, repercute en las familias y cuidadores e incrementa los costes sanitarios. No existen datos suficientes para valorar el coste económico exacto, pero se estima entre el 3-4% del Producto Nacional Bruto de los países desarrollados. Correspondiendo un 46% a costes sanitarios directos, y el resto a indirectos debido a la pérdida de productividad asociado a la incapacidad laboral (4,11-14).

Una de las intervenciones eficaces para trabajar esta adherencia es la psicoeducación. Su abordaje a través de sesiones educativas está orientado a informar y promover el conocimiento del trastorno esquizofrénico en familiares y afectados. Siendo sus principales objetivos mejorar la calidad de vida del paciente y de los cuidadores, disminuir la probabilidad de recaída y carga familiar, mejorar la adherencia al tratamiento, y proporcionar información sobre este trastorno (9,15-17).

En los años 80 tras la desinstitucionalización psiquiátrica en España se comienza a incorporar a la familia en el tratamiento de la esquizofrenia. Ésta comienza a ser el principal recurso para el cuidado de las personas con problemas de salud mental, asumiendo el rol del cuidador para el cual no están entrenados, ni psicológicamente preparados, con la correspondiente "sobrecarga" que esto supone. Principalmente, durante las primeras fases

de la enfermedad, donde la familia se encuentra desconcertada y en shock emocional. Y cuando ésta es más avanzada y aparecen los síntomas negativos.

Es por eso que la eficacia del tratamiento se puede mejorar y se pueden prevenir las recaídas cuando los miembros de la familia participan en un programa de psicoeducación. Estas intervenciones con la familia deberían ser introducidas en fases iniciales del tratamiento, cuando el paciente sufre el primer episodio psicótico. Por todo ello, las intervenciones familiares son consideradas parte fundamental del abordaje psicosocial de esta enfermedad (9,18,19).

Según la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, la psicoeducación mejora el conocimiento de la enfermedad en personas con esquizofrenia y cuando en la intervención psicoeducativa se incorpora a la familia, se reducen las recaídas o los reingresos (20).

Desde los servicios de salud mental se solicita a la familia que vigilen la adherencia al plan terapéutico sin una dotación de sistemas de apoyo adecuados. Son cuidados complejos y con importantes consecuencias para ambas partes. Es por ello, que frecuentemente, las familias se sienten desatendidas, ni siquiera a la hora de recibir información sobre lo que le sucede a su familiar. Este espacio en conjunto da la posibilidad de otorgar algunas herramientas para cuidar, siendo satisfecho por la psicoeducación.

Últimamente se están realizando intervenciones conjuntas, paciente y familia, consiguiendo un doble abordaje: dar información y la posibilidad de intervenir en el grupo o en las relaciones familiares, siendo éste el objetivo de este trabajo fin de grado.

Objetivos

Objetivo general:

Realizar un protocolo de psicoeducación con pacientes y sus familias una semana antes del alta hospitalaria, para así conseguir una mejor adherencia al tratamiento, a través de una revisión bibliográfica.

Objetivo específico:

- Informar a pacientes y familiares sobre la importancia de seguir el régimen terapéutico.
- Incluir a las familias dentro de la planificación de cuidados al alta hospitalaria.

Metodología

Para el desarrollo de este protocolo se han utilizado diferentes fuentes de información:

Los criterios utilizados para realizar la selección de artículos en bases de datos fueron; el idioma (inglés o español) y año de publicación, siendo de los últimos trece años, para así obtener una conclusión actual. Utilizando palabras clave como "psicoeducación", "esquizofrenia", "familia", "tratamiento". (Tabla 1)

Para completar la revisión se utilizaron diferentes guías de práctica clínica relacionadas con la psicoeducación (Tabla 2), páginas web oficiales (Tabla 3) y diferentes libros a través del catálogo de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza (Tabla 4). Para encontrar dichos monográficos se ha empleado las mismas palabras clave que para buscar en bases de datos.

Además se realizó una entrevista con ASAPME (Asociación Aragonesa Pro Salud Mental) para conocer cómo trabajan con los pacientes que padecen esquizofrenia y sus familias.

Se ha consultado la Guía Metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia por el IACS (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud)

Tabla 1: Descripción Bases de Datos

BASES DE DATOS	DESCRIPTORES MeSH	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
PubMed	Family Therapy AND Schizophrenia AND Medical Adherence	4	1
BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
ScienceDirect	Esquizofrenia AND Adherencia AND Tratamiento	225	5
	Esquizofrenia AND Epidemiología	238	2
	Esquizofrenia AND Psicoeducación AND Familia	57	3
	Esquizofrenia AND Psicoeducación AND Enfermería	10	1
CUIDEN Plus	Esquizofrenia AND Tratamiento AND Familia	4	1
SciELO	Esquizofrenia AND Psicoeducación AND Familia	2	0
Dialnet	Esquizofrenia AND Psicoeducación AND Familia	12	1
Google Académico	Adherencia al tratamiento en esquizofrenia. Enfermería	192	1
TOTAL		744	14

Tabla 2: Guías Clínicas

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	
Guía psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Guía para pacientes y familiares. Afrontando la esquizofrenia	Hospital Clínico San Carlos Universidad Complutense de Madrid
Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental	Servicio Murciano de Salud
Clinical Practice Guidelines. Treatment of Schizophrenia	Canadian Psychiatric Association
Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave	Ministerio de Sanidad y Política Social
TOTAL	5

Tabla 3: Páginas Web

PÁGINAS WEB	DOCUMENTOS UTILIZADOS
http://www.who.int/es/	1
https://consaludmental.org/	1
http://www.iacs.aragon.es/awgc/	1
https://www.msssi.gob.es/	3
TOTAL	6

Tabla 4: Monográficos

MONOGRÁFICOS
Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017/NANDA International
Cómo afrontar la esquizofrenia. Un guía para familiares, cuidadores y personas afectadas
Programa Psicoeducativo: Esquizofrenia
Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones
Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. Medición de resultados en Salud
Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC

Una de las intervenciones eficaces para trabajar esta adherencia es la psicoeducación. Su abordaje a través de sesiones educativas está orientado a informar y promover el conocimiento del trastorno esquizofrénico en afectados y sus familiares. Siendo sus principales objetivos mejorar la calidad de vida del paciente y de los cuidadores, disminuir la probabilidad de recaída y carga familiar, mejorar la adherencia al tratamiento, y proporcionar información sobre este trastorno (9,15-17).

La valoración de enfermería de los pacientes con esquizofrenia y sus familias, siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon, de esta situación conduce al enunciado de diferentes diagnósticos enfermeros (Anexo 1). De todos los posibles al alta hospitalaria, se han seleccionado los que se van a abordar en las sesiones del protocolo:

Tabla 5 - Diagnósticos NANDA por Patrones Funcionales de Marjory Gordon

Patrón I – Percepción de la salud
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (00193) Descuido personal r/c enfermedad psiquiátrica o trastorno psicótico m/p no adherencia a las actividades relacionadas con la salud. ▪ (00079) Incumplimiento r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p conducta de no adherencia. ▪ (00099) Mantenimiento ineficaz de la salud r/c trastorno de la percepción m/p conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud. ▪ (00078) Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria.
Patrón II – Nutricional/Metabólico
Patrón III – Eliminación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (00015) Riesgo de estreñimiento r/c agentes farmacológicos.
Patrón IV – Actividad/Ejercicio
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (00108) Déficit de autocuidado: baño r/c trastorno de la percepción, disminución de la motivación m/p deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo. ▪ (00109) Déficit de autocuidado: vestido r/c trastorno de la percepción, disminución de la motivación m/p deterioro de la habilidad para mantener el aspecto.
Patrón V – Sueño/Descanso
Patrón VI – Cognitivo/Perceptivo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (00126) Conocimientos deficientes r/c información insuficiente, alteración de la función cognitiva m/p conocimiento insuficiente.
Patrón VII – Autopercepción/Autoconcepto
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (00072) Negación ineficaz r/c estrategias de afrontamiento ineficaces m/p rechaza los cuidados sanitario. ▪ (00150) Riesgo de suicidio r/c enfermedad psiquiátrica. ▪ (00152) Riesgo de impotencia r/c autoestima baja, conocimiento insuficiente para gestionar una situación, enfermedad, estigmatización.

Patrón VIII – Rol/Relaciones

- **(00053) Aislamiento social** r/c alteración del estado mental m/p ausencia de sistema de apoyo, falta de propósito.
- **(00054) Riesgo de Soledad** r/c deprivación afectiva.

Patrón IX – Sexualidad/Reproducción

- **(00059) Disfunción sexual** r/c alteración de la función corporal (medicación) m/p cambio no deseado en la función sexual.

Patrón X – Adaptación/Tolerancia al estrés

- **(00069) Afrontamiento ineficaz** r/c crisis situacional, incertidumbre, imprecisión en la apreciación de la amenaza m/p incapacidad para manejar la situación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.
- **(00074) Afrontamiento familiar comprometido** r/c compresión insuficiente de la información por la persona de referencia m/p la persona de referencia manifiesta conocimiento insuficiente que interfiere en las conductas eficaces.

Patrón XI – Valores y creencias

Desarrollo

Título: Protocolo Hospitalario de Psicoeducación con Pacientes Diagnosticados de Esquizofrenia y sus Familiares. Adherencia al Tratamiento.

1. AUTORES

Nerea López Peirona, alumna de 4º de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

2. REVISORES EXTERNOS

- No hay revisores externos.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES/REVISORES

- El autor declara no tener ningún conflicto de intereses

4. JUSTIFICACIÓN

El CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) y el DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) definen la esquizofrenia como un trastorno mental grave que se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos, dónde psicótico se entiende como la pérdida de límites del sí mismo y la evaluación de la realidad. Conservan la capacidad intelectual, aunque pueden presentar déficits cognitivos con el paso del tiempo (21,22).

Esta enfermedad afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, aproximadamente un 1% de la población adulta. Se encuentra entre una de las diez primeras causas de incapacidad en la población de entre 18 y 44 años. Además, tienen una esperanza media de vida de 10 a 12 años menos que el resto de la población. Esto se debe al estilo de vida, la tendencia al suicidio y la prematura comorbilidad con enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas (2,17,23).

El concepto de tratamiento ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, por lo que hoy en día lo entendemos como una combinación de tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales (intervención familiar, psicoeducación, entrenamiento de habilidades psicosociales, rehabilitación cognitiva y terapia ocupacional)(5,7).

Se estima entre un 20-60% de abandono del tratamiento en estos pacientes. Esto repercute con un mayor número de ingresos hospitalarios con su correspondiente incremento del gasto sanitario, mayor riesgo de suicidios, y disminución de la calidad de vida del paciente y su familia.

La psicoeducación es un tipo de intervención que ha demostrado mejorar el cumplimiento terapéutico, aunque por sí sola no se tienen evidencias de que aumente ésta adherencia, es por eso que se debe acompañar de estrategias motivacionales y conductuales. La inclusión de familiares en esta intervención de psicoeducación no suele ser habitual (20).

La familia, en la mayoría de los casos, suele ser el cuidador principal de estos pacientes y su único recurso. Hoy en día, el núcleo familiar puede tener la capacidad de proporcionar los cuidados, formándoles y dándoles apoyo. Se ha demostrado que cuando los miembros de la familia se implican en la participación en un programa psicoeducativo se mejora la eficacia del tratamiento y se previenen las recaídas (9,18,19).

El papel de enfermería en la psicoeducación es fundamental. A través de los diagnósticos seleccionados previamente, los cuales se van a abordar en las sesiones de psicoeducación, queremos obtener los siguientes resultados (NOC), con sus respectivas intervenciones enfermeras (NIC):

Patrón Funcional de Marjory Gordon	Diagnósticos Enfermeros NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
Patrón I – Percepción de la Salud	(00193) Descuido personal r/c enfermedad psiquiátrica o trastorno psicótico m/p no adherencia a las actividades relacionadas con la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Bienestar personal - Nivel de autocuidado - Estado de salud personal - Autocuidados: actividades de la vida diaria - Conducta de adhesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria
	(00079) Incumplimiento r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p conducta de no adherencia	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta de cumplimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza: proceso de enfermedad - Educación sanitaria
	(00099) Mantenimiento ineficaz de la salud r/c trastorno de la percepción m/p conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Detección del riesgo: Identifica los posibles riesgos para la salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria
	(00078) Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta de cumplimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta de cumplimiento
Patrón III – Eliminación	(00015) Riesgo de estreñimiento r/c agentes farmacológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento: estilo de vida saludable 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria
Patrón IV – Actividad/Ejercicio	(00108) Déficit de autocuidado: baño r/c trastorno de la percepción, disminución de la motivación m/p deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidados: Actividades de la vida diaria (AVD) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza: individual

Patrón Funcional de Marjory Gordon	Diagnósticos Enfermeros NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
Patrón IV – Actividad/Ejercicio	(00109) Déficit de autocuidado: vestido r/c trastorno de la percepción, disminución de la motivación m/p deterioro de la habilidad para mantener el aspecto	– Autocuidados: Actividades de la vida diaria (AVD)	– Enseñanza: individual
Patrón VI - Cognitivo/Perceptual	(00126) Conocimientos deficientes r/c información insuficiente, alteración de la función cognitiva m/p conocimiento insuficiente	– Conocimiento: fomento de la salud	– Educación sanitaria – Enseñanza: medicamentos prescritos
Patrón VII – Autopercepción-Autoconcepto	(00072) Negación ineficaz r/c estrategias de afrontamiento ineficaces m/p rechaza los cuidados sanitario	– Conducta cumplimiento – Conocimiento: proceso de la enfermedad	– Enseñanza: proceso de enfermedad
	(00150) Riesgo de suicidio r/c enfermedad psiquiátrica	– Autocontrol: enfermedad crónica – Autonomía personal	– Enseñanza: individual
	(00152) Riesgo de impotencia r/c autoestima baja, conocimiento insuficiente para gestionar una situación, enfermedad, estigmatización	– Autogestión de los cuidados – Autonomía personal – Conocimiento: régimen terapéutico	– Enseñanza: medicamentos prescritos – Enseñanza: tratamiento – Enseñanza: proceso enfermedad – Fomentar la implicación familiar
Patrón VIII – Rol/Relaciones	(00053) Aislamiento social r/c alteración del estado mental m/p ausencia de sistema de apoyo, falta de propósito	– Implicación social – Bienestar personal – Clima social de familia	– Aumentar los sistemas de apoyo – Fomentar la implicación familiar – Fomento del ejercicio

Patrón Funcional de Marjory Gordon	Diagnósticos Enfermeros NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
Patrón VIII – Rol/Relaciones	(00054) Riesgo de Soledad r/c privación afectiva	- Integridad de la familia	- Fomentar la implicación familiar
Patrón IX – Sexualidad/Reproducción	(00059) Disfunción sexual r/c alteración de la función corporal (medicación) m/p cambio no deseado en la función sexual	- Conocimiento: funcionamiento sexual	- Enseñanza sexualidad
Patrón X – Adaptación/Tolerancia al estrés	(00069) Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacional, incertidumbre, imprecisión en la apreciación de la amenaza m/p incapacidad para manejar la situación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas	- Aceptación: estado de salud	- Aumentar el afrontamiento - Potenciación de la conciencia de sí mismo - Potenciación de la imagen corporal
	(00074) Afrontamiento familiar comprometido r/c comprensión insuficiente de la información por la persona de referencia m/p la persona de referencia manifiesta conocimiento insuficiente que interfiere en las conductas eficaces	- Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos	- Enseñanza: medicamentos prescritos - Enseñanza procedimiento/tratamiento - Enseñanza: proceso de enfermedad - Fomentar la implicación familiar - Educación sanitaria

* Bibliografía: (24-27)

5. OBJETIVOS

Objetivos generales:

1. Reducir la tasa de no adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia.
2. Aumentar los conocimientos de los pacientes y sus familiares a través de información objetiva sobre la enfermedad.

Objetivos específicos:

1. Disminuir el número de ingresos hospitalarios.
2. Integrar a la familia en el proceso de cuidado del paciente.

6. PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO

Este protocolo va dirigido al personal de enfermería de la unidad hospitalaria de psiquiatría.

7. POBLACIÓN DIANA/EXCEPCIONES

- **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes tras el primer brote psicótico y su familia.
2. Pacientes diagnosticados de esquizofrenia con una mala adherencia al tratamiento y su familia.

- **Criterios de exclusión:**

1. Pacientes diagnosticados de esquizofrenia que tengan una buena adherencia al tratamiento.
2. Cuando la familia o el paciente, uno de los dos, no quieran ser incluidos en las sesiones de psicoeducación.

8. METODOLOGÍA

Las fuentes de información principales utilizadas para realizar este protocolo han sido las Guías de Práctica Clínica. (Tabla 6)

Tabla 6 – Guías de Práctica Clínica

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	
Guía psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Guía para pacientes y familiares. Afrontando la esquizofrenia	Hospital Clínico San Carlos Universidad Complutense de Madrid
Programa psicoeducativo para el manejo de la sobrecarga en el cuidador del paciente con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (28)	Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (IIP)
Programa: Psicoeducativo para personas con enfermedad mental grave (29)	Associació d'amics de la Marina Alta d'ajuda als malalts mentals
Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental (30)	Servicio Murciano de Salud
Programa de intervención familiar en pacientes con esquizofrenia	Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga

Se informará a los pacientes y sus familias el objetivo y la finalidad de las sesiones de psicoeducación, para que valoren si quieren participar. Pueden darse diferentes situaciones: que ambos quieran participar en las sesiones, por lo que se les incluirá en el protocolo y en caso de que alguno de ellos no quiera, se les volverá a informar y si se sigue teniendo una negativa como respuesta se informará a su enfermera del CSM (Centro de Salud mental).

9. ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS

- **¿Cuándo?**

Las sesiones de psicoeducación se realizarán una semana antes del alta hospitalaria. Los lunes, miércoles y viernes a las 11 de la mañana.

- **¿Dónde?**

Se realizará en un lugar cómodo, con mesas y sillas, que puedan colocarse formando un círculo.

- **¿Quién?**

Las sesiones serán impartidas por dos enfermeras de la planta de psiquiatría.

- **Organización de las sesiones:**

Se realizarán tres sesiones de 90 a 120 minutos de duración con un descanso de 20 minutos.

- **Objetivos comunes de las sesiones:**

1. Compresión del contenido de cada sesión.
2. Exponer dudas y resolverlas.

- **Dinámica:**

Se expondrá el contenido de cada sesión, con su correspondiente tiempo para solucionar dudas. Se apoyará la información impartida a través de una presentación power point, con imágenes y esquemas para hacer más visual el contenido.

Primera Sesión: Conociendo la Esquizofrenia

1. Presentación de las sesiones y del equipo de enfermería.

- Informar de las características de las sesiones.
- Explicar reglas del grupo:
 - Compromiso
 - Participación
 - Confidencialidad
 - Respeto
- Explicar objetivos de las sesiones.

2. Presentación de los participantes expresando sus expectativas respecto a las sesiones de psicoeducación.

3. Cuestionario de evaluación inicial para pacientes y familias (Anexo 2).

4. Información sobre la enfermedad:

- Qué es la esquizofrenia
- Características generales y tipos de esquizofrenia
- Etiología
- Síntomas positivos, negativos, y pródromos
- La conciencia de enfermedad
- Ideas erróneas acerca de la esquizofrenia

5. Resumen de la sesión:

- Conocer aspectos generales sobre la esquizofrenia
- Por qué es importante la participación de la familia

6. Resolución de dudas.

Segunda Sesión: El tratamiento

1. Tratamiento integral:

- Terapia farmacológica. Eficacia.
 - ¿Cómo actúan los medicamentos antipsicóticos?
 - Antipsicóticos típicos
 - Antipsicóticos atípicos
 - ¿Durante cuánto tiempo hay que tomarlos?
 - ¿Cuáles son sus efectos secundarios?
 - Cómo minimizarlos.
 - Proporcionar tabla 7 (Anexo 3): "Control personal de los efectos del medicamento".
- Más allá de los psicofármacos. Otras formas de tratamiento.
 - Psicoeducación
 - Apoyo familiar
 - Ocio y relaciones sociales
 - Rehabilitación laboral
 - Terapia cognitivo-conductual

2. El problema del abandono del tratamiento

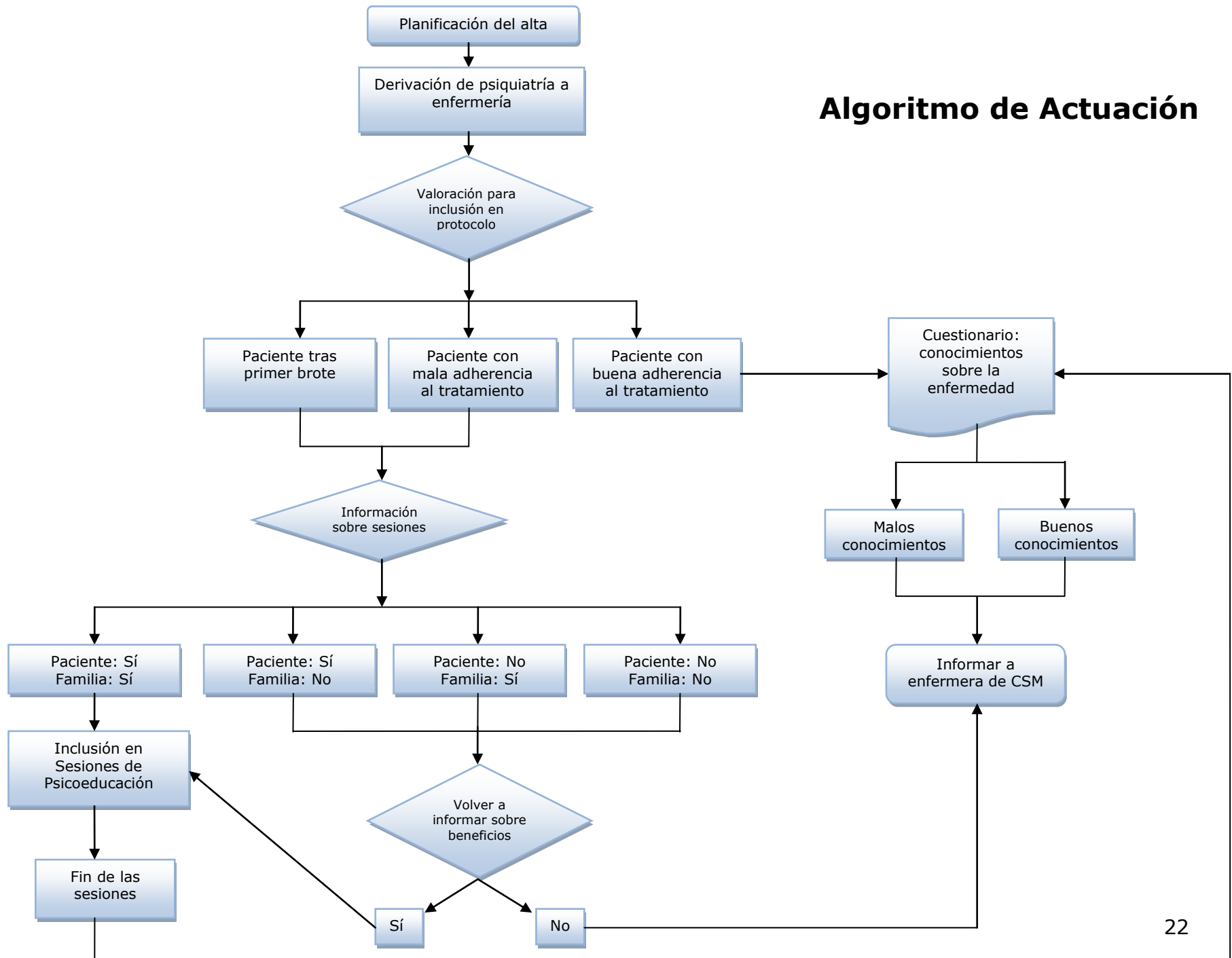
- Razones por las que se abandona el tratamiento.
- ¿Por qué hay que seguir el tratamiento?
- Qué hacer para mejorar el cumplimiento terapéutico.

3. Reflexión sobre el balance coste-beneficio del tratamiento.
4. Resumen de la sesión:
 - Conocer los diferentes tratamientos, no solo el farmacológico.
 - Saber las causas del abandono al tratamiento y cómo afrontarlo.
5. Resolución de dudas.

Tercera Sesión: El cuidado del paciente y su familia

1. Aprender a cuidarse uno mismo. Autocuidado:
 - Higiene personal
 - Alimentación
 - Ejercicio
2. Importancia de la comunicación en la relación con su familiar y apoyo.
 - Principios para la comunicación efectiva
3. Obstáculos que mantienen un clima familiar inadecuado.
4. ¿Qué puede hacer la familia?
5. Conocimiento de los derechos de los enfermos y los familiares frente a los servicios socio-sanitarios.
6. Resumen de la sesión:
 - Importancia de cuidar de uno mismo.
 - Saber cómo afecta la enfermedad a la familia.
 - Importancia de la familia.
7. Resolución de dudas.
8. Cuestionario de evaluación final para pacientes y familias.
9. Síntesis del programa.
10. Evaluación global.

Algoritmo de Actuación



10. INDICADORES DE EVALUACIÓN

1. Objetivo general: Reducir la tasa de adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia.

- **Indicador de proceso:** Se mide a los 6 meses a través de consulta en su CSM

$$\frac{\text{Nº de pacientes que cumplen el tratamiento correctamente}}{\text{Nº total de pacientes incluidos en el protocolo}}$$

2. Objetivo general: Aumentar los conocimientos de los pacientes y sus familiares a través de información objetiva sobre la enfermedad.

- **Indicador de resultado:** Cuestionario de evaluación de conocimientos inicial y final.

$$\frac{\text{Nº de pacientes y familiares que han aumentado sus conocimientos}}{\text{Nº total de pacientes y familias que hayan recibido las sesiones de psicoeducación}}$$

3. Objetivo específico: Disminuir el número de ingresos hospitalarios.

- **Indicador de resultado:**

$$\frac{\text{Nº de pacientes que ingresan en el último año que han asistido a las sesiones de psicoeducación}}{\text{Nº total de pacientes incluidos en el protocolo}}$$

4. Objetivo específico: Integrar a la familia en el proceso de cuidado del paciente.

- **Indicador de proceso:**

$$\frac{\text{Nº de familias que aceptan a participar en las sesiones de psicoeducación}}{\text{Nº total de familias a las que se les invita a participar en las sesiones de psicoeducación}}$$

Conclusiones

Se plantea este protocolo debido a la inexistencia de protocolos de psicoeducación en las unidades de psiquiatría al alta hospitalaria. Es necesario este abordaje en estas unidades para aumentar el seguimiento en los centros de salud mental.

El contenido de las sesiones se recoge de guías de práctica clínica, de diferentes asociaciones o unidades hospitalarias de psiquiatría, debido a la ausencia de información en artículos de bases de datos.

Su aplicación permitiría la reducción de ingresos hospitalarios y así una minimización de los costes sanitarios.

La psicoeducación mejora el conocimiento de la enfermedad en personas con esquizofrenia y cuando en la intervención psicoeducativa se incorpora a la familia, se reducen las recaídas o los reingresos.

Bibliografía

1. Brown AS, Lau FS. A review of the Epidemiology of Schizophrenia. *BS:HBBN*. 2016; 23:17-30.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; [actualizado Abr 2016; citado 29 Marz 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
3. Aznar Cabrerizo MI, Fleming V, Watson H, Narvaiza Solís MJ. Necesidades psicosociales de los cuidadores informales de las personas con esquizofrenia: exploración del rol del profesional de enfermería. *Enferm Clínica*. 2004; 14(5): 286-93.
4. De las cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2016; 7:25-30.
5. Crespo Facorro B, Bernardo M, Argimon JM, Arrojo M, Bravo Ortiz MF, Cabrera Cifuentes A, et al. Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: Proyecto Rethinking. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10(1):4-20.
6. Guitierrez Rojas L. Protocolo terapéutico del paciente psicótico. *Medicine*. 2011; 10(84):5716-20.
7. Ahunca Velásquez LF, García Valencia J, Bohórquez Peñaranda AP, Gómez Restrepo C, Jaramillo González LE, Palacio Acosta C. Tratamiento con intervenciones psicosociales en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquiat*. 2014; 44(S1): 75-89.
8. Glynn SM. Intervenciones familiares en esquizofrenia. Esperanzas y dificultades a lo largo de 30 años. *RET*. 2013;70.
9. Pérez García C, Manzano Felipe MA. Influencia de un programa de adherencia al tratamiento dirigido a familiares y a pacientes diagnosticados de esquizofrenia. *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2012 [citado 18 Marz 2017];16. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/034d.php>

10. Gonzalez J, Cuiart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Enferm Global*. 2005;7: 1-9.
11. Zapata Ospina JP, Rangel Martínez-Villalba AM, García Valencia J. Psicoeducación en esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquiat*. 2015; 44(3): 143-149.
12. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009; 41(6):342-348.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007.
14. García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38(1): 1-45.
15. Matsuda M, Kohno A. Effects of the nursing Psychoeducation program on the acceptance of medication and condition-specific knowledge of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016; 30(5): 581-586.
16. Rebolledo Moller S, Lobato Rodríguez MJ. Cómo afrontar la esquizofrenia. Un guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. Aula medica Ediciones. Madrid: Aula Medica DL; 2005.
17. Meló Linares E, Herrero Montoya MF. Programa Psicoeducativo: Esquizofrenia. Derribando Muros. España: Bubok Editorial; 2016.
18. Agencia de calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. La Atención a la Salud Mental en España. 2005.
19. Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guidelines. Treatment of Schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2005;50(1).
20. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.

- 21.Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Manual de Codificación. CIE-10-ES Diagnósticos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016.
- 22.First MB. DSM-5 Manual de Diagnóstico Diferencial. Estados Unidos: Panamericana; 2014.
- 23.Saiz-Ruiz J, Saiz-González MD, Alegría AA, Mena E, Luque J, Bobes J. Impacto del Consenso Español sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. Rev Psiquiatr Salud Ment.2010;3(4):119-127.
- 24.Heather T, Kamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y Clasificación 2015-2017. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
- 25.Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dichterman J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. 2ª edición. Estados Unidos: Elsevier; 2007.
- 26.Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E. Clasificiación de Resultados de Enfermería (NOC). 5a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- 27.Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- 28.Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (IPP). Programa psicoeducativo para el manejo de la sobrecarga en el cuidador del paciente con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. 2012.
- 29.Associació d'amics de la Marina Alta d'ajuda als malalts mentals. Programa: Psicoeducativo para personas con enfermedad mental grave. 2011.
- 30.Servicio Murciano de Salud. Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. 2009.
- 31.Hospital Clínico San Carlos Universidad Complutense de Madrid. Guía para pacientes y familiares. Afrontando la esquizofrenia. 2013.

Anexos

Anexo 1 - Definiciones Diagnósticos

PATRÓN I.- Percepción / Control de la Salud

- 1. (00193) Descuido personal** r/c enfermedad psiquiátrica o trastorno psicótico m/p no adherencia a las actividades relacionadas con la salud.
 - Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.

- 2. (00079) Incumplimiento** r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p conducta de no adherencia
 - Conducta de una persona y/o cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o familia y/o comunidad) y el profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de o del cuidador es de falta de adherencia total o parcial y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente eficaces.

- 3. (00099) Mantenimiento ineficaz de la salud** r/c trastorno de la percepción m/p conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud
 - Incapacidad para identificar y gestionar los problemas de salud y/o buscar ayuda para mantener la salud.

- 4. (00078) Gestión ineficaz de la salud** r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico, apoyo social insuficiente m/p fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria.
 - Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

PATRÓN II.- Nutricional / Metabólico

PATRÓN III.- Eliminación

5. (00015) Riesgo de estreñimiento r/c agentes farmacológicos

- Vulnerable a sufrir una disminución en la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, que puede comprometer la salud.

PATRÓN IV.- Actividad / Ejercicio

6. (00108) Déficit de autocuidado: baño r/c trastorno de la percepción, disminución de la motivación m/p deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo

- Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades del baño.

7. (00109) Déficit de autocuidado: vestido r/c trastorno de la percepción, disminución de la motivación m/p deterioro de la habilidad para mantener el aspecto

- Deterioro de la capacidad de realizar o completar por uno mismo las actividades de vestirse.

PATRÓN VI.- Cognitivo / Perceptivo

8. (00126) Conocimientos deficientes r/c alteración de la función cognitiva, información insuficiente m/p conocimiento insuficiente, no sigue completamente las instrucciones.

- Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

PATRÓN VII.- Autopercepción / Autoconcepto

9. (00153) Riesgo de baja autoestima crónica r/c enfermedad psiquiátrica

- Vulnerable a una autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades, que puede comprometer la salud.

10. (00072) Negación ineficaz r/c estrategias de afrontamiento ineficaces m/p rechaza los cuidados sanitarios

- Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad y/o el temor que conduce a un detrimento de la salud

11. (00150) Riesgo de suicidio r/c enfermedad psiquiátrica

- Vulnerable a una lesión autoinfligida que amenaza la vida

PATRÓN VIII.- Función y Relación

12. (00054) Riesgo de Soledad r/c deprivación afectiva.

- Vulnerable a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás que puede comprometer la salud.

13. (00053) Aislamiento social r/c alteración del estado mental m/p ausencia de sistema de apoyo, falta de propósito.

- Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o de amenaza.

PATRÓN IX.- Sexualidad / Reproducción

- 14. (00059) Disfunción sexual** r/c alteración de la función corporal (medicación) m/p cambio no deseado en la función sexual
- Estado en el que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.

PATRÓN X.- Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

- 15. (00069) Afrontamiento ineficaz** r/c crisis situacional, apoyo social insuficiente, imprecisión de la apreciación de la amenaza, incertidumbre m/p incapacidad para manejar la situación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.
- Incapacidad para formular una apreciación válida de agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.
- 16. (00074) Afrontamiento familiar comprometido** r/c comprensión insuficiente de la información por la persona de referencia m/p la persona de referencia manifiesta conocimiento insuficiente que interfiere en las conductas eficaces
- La persona de referencia que habitualmente brinda apoyo (familiar, persona significativa o amigo íntimo), proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio de salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz o dicho apoyo se ve comprometido.

17. (00152) Riesgo de impotencia r/c autoestima baja, conocimiento insuficiente para gestionar una situación, enfermedad, estigmatización

- Vulnerable a vivir una experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado, que puede comprometer la salud.

PATRÓN XI.- Valores y Creencias

Anexo 2 - Cuestionarios de Evaluación de Conocimientos

Cuestionario Inicial-Final de Evaluación De Conocimientos (Pacientes)

Nombre	
Apellidos	
Fecha	

1. ¿Sabe que es la esquizofrenia?
a. Sí
b. No
2. ¿Conoce los síntomas de los pacientes con esquizofrenia?
a. Sí
b. No
3. ¿Conoce su tratamiento? Si la respuesta es un Si, escríbalo.
a. Sí
b. No
4. ¿Sabe para qué sirve cada medicamento que toma?
a. Sí
b. No
5. ¿Sabe que además de los fármacos, hay otras formas de tratamiento?
a. Sí
b. No
6. ¿Qué tratamiento no farmacológico se le ha indicado?
7. ¿Conoce los posibles efectos secundarios de la medicación?
a. Sí
b. No
8. ¿Sabría identificar esos efectos secundarios? Diga cuales:

Fármaco	Efectos Secundarios

9. ¿Toma el tratamiento prescrito?

a. Sí

b. No

10. Si la anterior respuesta fue "no", diga por qué:

11. ¿Conoce la importancia de la higiene personal?

a. Si

b. No

12. ¿Y la de seguir una buena alimentación, y hacer ejercicio?

a. Sí

b. No

13. ¿Conoce que derechos tiene como enfermo frente a los servicios socio-sanitarios?

a. Sí

b. No

Cuestionario Inicial-Final de Evaluación De Conocimientos (Familias)

Nombre	
Apellidos	
Fecha	
Familiar de	

1. ¿Sabe que es la esquizofrenia?
 - a. Sí
 - b. No
2. ¿Conoce los síntomas de los pacientes con esquizofrenia?
 - a. Sí
 - b. No
3. ¿Conoce su tratamiento? Si la respuesta es un Si, escríbalo.
 - a. Sí
 - b. No
4. ¿Sabe para qué sirve cada medicamento que toma su familiar?
 - a. Sí
 - b. No
5. ¿Sabe que además de los fármacos, hay otras formas de tratamiento?
 - a. Sí
 - b. No
6. ¿Qué tratamiento no farmacológico se le ha indicado a su familiar?
7. ¿Conoce los posibles efectos secundarios de la medicación?
 - a. Sí
 - b. No
8. ¿Sabría identificar esos efectos secundarios? Diga cuales:

Fármaco	Efectos Secundarios

9. ¿Toma su familiar el tratamiento prescrito?
- a.** Sí
 - b.** No
10. Si la anterior respuesta fue "no", diga por qué:
11. ¿Conoce la importancia que tiene la higiene personal en estos pacientes?
- a.** Si
 - b.** No
12. ¿Y la de seguir una buena alimentación, y hacer ejercicio?
- a.** Sí
 - b.** No
13. ¿Conoce que derechos tiene su familiar frente a los servicios socio-sanitarios?
- a.** Sí
 - b.** No

Anexo 3 - Tabla 7: Control personal de los efectos de la medicación

Tabla 7: Control personal de los efectos del medicamento

Nombre del medicamento	Nº de tomas al día	Efectos positivos	Efectos negativos	Tiempo que se ha tomado el tratamiento

